

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1902-1903 — N° 88

DES
Fibromes douloureux de l'Utérus

PARTICULIÈREMENT
DES PETITS FIBROMES INTERSTITIELS
de la région de l'Isthme

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 24 Décembre 1902
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston VERMULLEN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Bergues (Nord), le 27 novembre 1878



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}, Suc^{rs} de Mougin-Rusand
3, Rue Stella, 3

—
1902

DES
FIBROMES DOULOUREUX DE L'UTÉRUS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903 — N° 88

DES

Fibromes douloureux de l'Utérus

PARTICULIÈREMENT

DES PETITS FIBROMES INTERSTITIELS

de la région de l'Isthme

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston VERMULLEN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Bergues (Nord), le 27 novembre 1878



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}, Suc^{rs} de Mougin-Rusand

3, Rue Stella, 3

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUBEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacologie	CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLEL.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch.
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), *Président* ; M. POLLOSSON (A.), *Assesseur* ;
MM. BOYER et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'une vive affection et
d'une profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

Souvenir d'affectueuse Amitié.

A MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE POLLOSSON

Professeur de Médecine opératoire
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUGUSTE POLLOSSON

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de la Charité

A MONSIEUR LE DOCTEUR FOLET

Professeur de Clinique chirurgicale de l'Université de Lille
Membre correspondant de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DU SERVICE
DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

D'une manière générale, on peut dire que l'évolution clinique des fibromes ne comporte pas des douleurs régulières, importantes et que le plus souvent ces tumeurs évoluent soit sans provoquer à proprement parler des phénomènes douloureux, soit en donnant lieu à des crises douloureuses, intermittentes et passagères, qui semblent comme des épisodes dans l'évolution d'une maladie très chronique.

Il est évident pourtant que dans certains cas particuliers, cet élément douleur prend une place plus importante dans le tableau symptomatique et mérite d'être pris en considération. C'est ainsi par exemple que des interventions chirurgicales, même graves et importantes, pourront s'imposer du fait même des douleurs ressenties alors que rien en dehors de cette considération ne donnerait une indication opératoire. Les malades accepteront volontiers le soulagement qu'on pourra leur proposer et souvent réclameront elles-mêmes éner-

giquement une intervention qui leur est imposée par l'état pénible de leur maladie.

Il est intéressant de rechercher quelles sont les causes sous l'influence desquelles les fibromes peuvent devenir douloureux. Ces causes semblent très variées et très dissemblables. Quand nous avons songé à étudier les fibromes douloureux, nous avons été étonnés de ne pas trouver un travail d'ensemble, un travail important sur ce sujet. Les observations éparses que nous avons réunies, n'ont même pas pour la plupart été publiées au point de vue spécial qui nous occupe. Quand nous avons interrogé un certain nombre de nos maîtres sur les cas qu'ils avaient pu rencontrer de fibromes douloureux, nous avons constaté que tous les chirurgiens en avaient observé, mais dans des conditions bien variables et dans des cas qui ne sont pas comparables entre eux.

Nous nous proposons donc d'essayer une étude analytique des cas, où la douleur vient donner à l'évolution des fibromes un caractère spécial. Nous aborderons ce sujet principalement et presque uniquement au point de vue clinique; nous énumérerons, d'une façon rapide, toutes les causes qui nous semblent capables de provoquer des douleurs et nous insisterons d'une façon plus particulière sur une catégorie peu connue de fibromes douloureux [au sujet desquels nous exposons les idées de M. le Professeur Auguste Pollosson.

En M. Auguste Pollosson, nous avons trouvé un maître éminent, qui ne s'est pas contenté seulement de nous accueillir dans son service avec une bienveillance extrême, mais qui a pris encore le plus grand intérêt à l'élaboration de notre modeste travail. Qu'il daigne rece-

voir ici l'expression de notre plus vive reconnaissance.

M. le Professeur Maurice Pollosson nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

M. le médecin major Georges, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire, voudra bien recevoir également nos sincères remerciements pour le cordial et constant appui qu'il n'a cessé de nous prêter depuis notre entrée à l'Ecole.

Nous tenons enfin à remercier notre camarade de promotion et ami le docteur Troude, qui nous a fait le grand plaisir d'illustrer notre thèse.

Des phénomènes de compression

C'est une chose remarquable que des fibromes qui atteignent parfois des volumes considérables ne provoquent de douleur, que d'une manière exceptionnelle, par le mécanisme de la compression. Le plus souvent même les malades porteurs d'utérus fibromateux, dont le volume dépasse celui d'une grossesse à terme, sont remarquables par l'indolence habituelle de leur affection : elles peuvent être gênées par le poids de la tumeur qu'elles entraînent, mais les douleurs aiguës font défaut.

C'est surtout dans les cas de fibromes à développement pelvien que les phénomènes douloureux pourront s'observer, soit que l'utérus fibromateux tout entier soit contenu dans le pelvis, soit au contraire qu'une tumeur, à développement abdominal, envoie un prolongement dans le bassin. Dans ces cas, on pourra observer des périodes pénibles, des complications plus ou moins

douloureuses, mais la douleur aiguë persistante reste un phénomène exceptionnel.

Les fibromes en général, les fibromes pelviens surtout donneront des compressions variées, Il y aura par exemple des compressions du rectum et de l'intestin, la constipation sera de ce fait notablement augmentée, la coprostase tendra à s'établir et les luttes pour obtenir des évacuations intestinales seront parfois difficiles ; mais jamais les malades n'éprouvent, au moins d'après les renseignements que nous avons pu recueillir ou qui nous ont été fournis, jamais, disons-nous, les malades n'éprouvent les douleurs aiguës et terribles que donne par exemple une tumeur du rectum ou une obstruction de cause aiguë.

Les phénomènes de compression des voies urinaires ne sont pas rares. Dans les cas de fibromes pelviens, on observe souvent des phénomènes transitoires de rétention urinaire par un mécanisme analogue à ce que l'on rencontre dans la rétroversion de l'utérus gravide. Ces rétentions demandent évidemment un traitement immédiat et des cathétérismes répétés. Les douleurs deviendraient aiguës si ce soulagement n'était rapidement apporté, mais d'une façon générale la malade régulièrement cathétérisée supportera sans grande douleur ces phases de rétention. Le plus souvent c'est par périodes transitoires de deux ou trois jours de durée par exemple, que les phénomènes de rétention apparaissent sous l'influence sans doute d'une congestion de l'utérus fibromateux ; puis les choses rentrent à nouveau dans l'ordre et les malades sont soulagés si par le cathétérisme on n'a pas apporté une infection dans leur vessie.

La compression des uretères rentre dans les accidents les plus graves des fibromes : elle amènera de l'hydronéphrose, des lésions rénales progressives, de l'urémie. Mais ces accidents si graves ne peuvent point être appelés douloureux.

Quant aux compressions nerveuses déterminant d'une façon directe des douleurs dans le domaine du nerf crural et du sciatique, nous ne connaissons aucun cas où cette pathogénie puisse être nettement invoquée. Il faut des phénomènes inflammatoires péri-utérins pour donner naissance à des douleurs de ce genre ; jamais dans les fibromes on ne voit les douleurs aiguës, persistantes, si caractéristiques des phases avancées de cancers utérins.

Des douleurs d'expulsion.

Le plus souvent les douleurs éprouvées dans le cas de fibromes sont dues aux contractions musculaires qui tendent à expulser un noyau fibromateux ; fréquemment il s'agit de fibromes intra-utérins implantés par un pédicule étroit ou par une surface encore large, mais bombant du côté de la cavité utérine qu'ils déforment et dans laquelle ils font saillie.

Les fibromes ainsi placés sont des polypes ou tendent à le devenir ; dans l'un et dans l'autre cas, les phases de contraction utérine que l'on observe cherchent à expulser hors de la cavité utérine la tumeur qui y est contenue. Ce sont des phénomènes analogues à ceux qui se passent dans un avortement. On observe des crises de douleurs plus ou moins durables, nettement intermittentes. Souvent ces crises coïncident avec les périodes menstruelles ; elles peuvent néanmoins se montrer dans l'intervalle. Ce ne sont pas d'ailleurs toutes les périodes menstruelles qui s'accompagnent ainsi de douleurs, mais quelques unes seulement ; à des intervalles par-

fois de plusieurs mois, on verra apparaître ces crises douloureuses qui dureront parfois quelques heures, parfois plusieurs jours. Les douleurs violentes, intermittentes dans leurs exacerbations, rappellent nettement les douleurs d'accouchement, et davantage encore les douleurs expulsives plus irrégulières de l'avortement. Il semble évident en tous cas que ces douleurs sont dues à des contractions du muscle utérin. Souvent, pendant ces crises, le col utérin fermé tout d'abord s'efface et s'entrouvre, le polype ou le fibrome apparaissent dans le col béant, on dirait qu'ils vont être expulsés, puis la crise ayant pris fin, le col se referme et reprend sa forme primitive jusqu'à nouvelle poussée d'expulsion.

Ce tableau symptomatique s'observe particulièrement dans les cas de fibromes de volume petit ou moyen; les plus volumineux atteignent au maximum les dimensions d'une tête fœtale et les plus petits auront le volume d'une cerise ou d'une noix.

Telles sont les douleurs d'expulsion des fibromes utérins évoluant du côté de la muqueuse.

Les fibromes interstitiels de petit volume semblent provoquer parfois des contractions douloureuses analogues. sous l'influence desquelles les noyaux tendent à évoluer soit du côté de la cavité utérine, soit du côté du péritoine. Dans l'une de nos observations (II) nous voyons un noyau fibromateux provoquer des douleurs violentes qui semblent s'atténuer à mesure que le fibrome évolue du côté sous-péritonéal et s'élimine de l'épaisseur des parois utérines.

Des hémorragies interstitielles dans les fibromes.

Nous connaissons un certain nombre de cas sur lesquels M. Aug. Pollosson a attiré notre attention et, où les phénomènes douloureux ont pris une intensité extrême du fait même d'épanchements sanguins interstitiels augmentant brusquement le volume d'un fibrome.

Il s'agit de fibromes sous-muqueux, en voie d'expulsion, subissant brusquement un accroissement et provoquant des douleurs. Nous donnons, par exemple, l'observation d'une malade en traitement au mois de mai dernier à la clinique de gynécologie. C'était une femme multipare, âgée de cinquante ans. Cette malade était observée depuis plusieurs années, à de longs intervalles, par M. Aug. Pollosson. Elle présentait tout d'abord lors du premier examen, un utérus fibromateux du volume de deux poings d'adulte avec un col fermé. Les métrorrhagies étaient peu importantes. A des examens ultérieurs, on constata qu'un fibrome intra-utérin tendait progressivement à s'expulser par les voies naturelles ;

des crises d'expulsion modérément douloureuses faisaient entrouvrir le col où apparaissait un polype que l'on pouvait apprécier au volume d'une mandarine ou d'une petite orange. La malade n'accepta pas l'opération proposée, espérant que des poussées nouvelles rendraient plus facile encore l'ablation du petit fibrome. Un jour, en mai 1902, elle fut prise de douleurs plus violentes que les précédentes, les douleurs, au lieu de se calmer au bout de quelques heures se prolongèrent en devenant plus aiguës, et la malade, souffrant comme une parturiente à la phase d'expulsion, dut faire un trajet de plusieurs heures en chemin de fer pour arriver à la Charité. Elle était affolée par l'intensité et la persistance des douleurs. M. Pollosson examinant cette malade qu'il connaissait antérieurement, trouva la tumeur expulsée hors du col, dans le vagin, ce qui était naturel ; mais il fut frappé de trouver le fibrome considérablement plus gros qu'il n'était quelques semaines auparavant, la tumeur qui remplissait le vagin ayant acquis le volume d'une tête fœtale. La malade anesthésiée, on se proposa d'enlever la tumeur par morcellement, mais les pinces érignes déchiraient les tissus avec la plus grande facilité, et les doigts, pénétrant dans la masse du fibrome le dilacéraient aisément et permettaient d'arracher rapidement sans se servir de ciseaux ou d'instruments tranchants des fragments du volume d'une noix ou d'un œuf. La tumeur fut ainsi extraite par un morcellement particulièrement facile, et il fut possible de constater que le tissu fibromateux était non seulement œdématié, mais dissocié par des exsudats sanguins ou par des caillots noirâtres, de façon à présenter un aspect serappro-

chant un peu de celui qu'offrent les hémorragies dans un placenta. Il est évident que le fibrome primitivement constaté, s'était congestionné sous l'influence des contractions expulsives et que cette congestion avait abouti à des hémorragies interstitielles sous l'influence desquelles la tumeur avait vu tripler ou quadrupler son volume. Il est indiscutable que cette rapide distension entraînait pour une grande part dans l'importance de l'intensité des douleurs ressenties par la malade.

M. Aug. Pollosson nous a dit qu'il avait plus d'une fois observé des hémorragies semblables dans des fibromes expulsés.

De la gangrène dans les fibromes.

Nous savons que les tumeurs fibromateuses contiennent souvent dans leurs tissus des germes infectieux. On s'explique ainsi d'une manière facile la pathogénie des accidents infectieux ou inflammatoires que l'on voit apparaître dans les fibromyome, d'une façon assez fréquente.

Les fibromes sous-muqueux qui évoluent du côté de la cavité utérine sont particulièrement exposés à la pénétration des germes infectieux, la muqueuse qui les recouvre présentant des microorganismes abondants jusqu'au fond des culs-de-sac glandulaires. On peut voir se développer dans les fibromes des suppurations diffuses et des gangrènes totales ou partielles. C'est presque toujours dans les cas, où la tumeur bombe plus ou moins du côté de la cavité utérine qu'apparaissent les complications auxquelles nous faisons allusion. Sous l'influence du processus infectieux, la tumeur subit un accroissement rapide et des douleurs violentes peuvent en être la conséquence; ces douleurs semblent d'autant plus vives

que la tumeur est encore contenue toute entière dans l'utérus sans que le col soit entr'ouvert.

Parmi les cas de gangrène des fibromes que M. Aug. Pollosson a eu l'occasion d'observer et qui sont au nombre de trois, il en est un sur lequel notre maître a attiré particulièrement notre attention, en raison des douleurs intenses et soutenues qui ont accompagné l'évolution de la gangrène.

Il s'agissait d'une dame de 48 ans, mariée et multipare. Cette malade avait pendant ces dix dernières années consulté à diverses reprises plusieurs chirurgiens de la région lyonnaise à propos d'une tumeur fibromateuse, qui augmentait légèrement l'importance des hémorragies menstruelles. L'utérus, d'après les chirurgiens consultés, était à peu près du volume d'une tête fœtale, et, en raison du peu de gravité des symptômes, en raison de l'évolution lente de la tumeur, et aussi de l'âge de la malade, tout le monde avait conseillé l'abstention.

Au mois de Novembre 1901, cette malade qui n'avait jamais souffert véritablement de son utérus, fut prise brusquement de phénomènes douloureux, situés dans toute la région sous-ombilicale de l'abdomen, et qui prirent rapidement une intensité vraiment effrayante. La malade souffrait pendant des périodes de 8 à 10 heures de douleurs analogues à celles de l'accouchement, et presque sans interruption ; puis, après quelques heures d'accalmie, une nouvelle phase douloureuse se reproduisait. En même temps était apparu un état fébrile, et la température vespérale dépassait 39° ; l'état général était mauvais et la malade devenait rapidement pâle et

anémiée. M. Aug. Pollosson, appelé auprès de cette dame qu'il voyait pour la première fois, la trouva accroupie dans son lit, dans une attitude bizarre, souffrant et se plaignant d'une façon continue, et il fallut soulager la malade par une injection de morphine pour obtenir la possibilité d'un examen.

On constata l'existence d'un fibrome, du volume d'une grossesse de cinq mois, beaucoup plus volumineux, par conséquent, que lors des constatations précédentes dont nous avons parlé. L'utérus régulier, dur et tendu, était à peu près uniformément douloureux à la palpation. Par le toucher, on remarquait que la tumeur ne plongeait pas dans le pelvis ; un col de nullipare était resté long et fermé, il y avait à peine dans le vagin quelques gouttes de sérosité rosée. Devant l'intensité des douleurs, M. Pollosson décida la malade à se faire transporter à Lyon pour être opérée.

Le voyage eut lieu le lendemain, et, pendant le trajet, la malade expulsa par le vagin deux petits débris, gros comme l'extrémité du petit doigt, constitués par du tissu fibromateux grisâtre. Un nouvel examen étant pratiqué, on constata que le col fermé la veille, s'était légèrement entr'ouvert, sans permettre pourtant au doigt de pénétrer dans la cavité utérine. Il s'écoulait par le vagin une certaine quantité de sérosité sanglante, légèrement odorante.

M. Pollosson pratiqua une hystérectomie abdominale avec pédicule externe. La pièce enlevée représentait un utérus dans l'intérieur duquel une masse fibromateuse unique était développée. Ce fibrome, implanté encore sur le tissu utérin par la moitié de sa surface, bombait

par l'autre moitié dans la cavité utérine déformée et agrandie ; l'ensemble du fibrome présentait un état oedémateux avec un aspect grisâtre, en certains points, bleuâtre et violacé en d'autres points ; et sur une partie de la surface du côté de la cavité utérine, une zone ulcérée correspondait à des débris de fibrome effiloché. La malade, dont la température était élevée sous l'influence de la gangrène de la tumeur, vit sa fièvre tomber dès le soir de l'opération.

La guérison eut lieu sans complications ; le pédicule externe fut secondairement extirpé dès les premiers jours ; la guérison était complète au bout d'un mois. Le soulagement des douleurs avait, bien entendu, suivi immédiatement l'opération.

Cette observation est remarquablement typique au point de vue de l'apparition des douleurs sous l'influence de la gangrène d'une tumeur fibromateuse chez une femme qui, précédemment, n'avait eu que des malaises très modérés. L'apparition et l'intensité des douleurs ont dans le cas particulier non seulement modifié le tableau clinique, mais commandé l'intervention.

Il semble évident que le processus des douleurs réside comme dans les cas d'hémorragies interstitielles, dans la brusque et rapide augmentation de l'humeur.

Les cas relativement rares où les fibromes deviennent le siège de suppurations interstitielles diffuses peuvent être identifiés au point de vue clinique, avec les cas de gangrène dont nous venons de parler.

Oblitération relative de la cavité utérine ou du canal cervical

Les fibromes sont évidemment capables de modifier la cavité utérine dans sa forme et dans son calibre et le canal utérin, peut soit au niveau de l'isthme soit dans sa portion cervicale, être rétréci soit par compression, soit par tiraillement.

De cette obstruction relative résulteront des phénomènes douloureux, correspondant à l'évacuation difficile des sécrétions utérines. Tantôt ce seront des glaires utérines qui distendront par rétention la cavité et qui seront expulsées d'une façon pénible, après des contractions douloureuses, tantôt et le plus souvent, il s'agira de caillots plus ou moins volumineux, dont l'expulsion ne s'obtiendra qu'au prix de contractions persistantes.

Dans cette catégorie, on doit trouver l'explication de la plupart des phénomènes douloureux observés pendant les règles chez des femmes dont les unes ont des fibromes volumineux, dont les autres ont des fibromes petits, souvent non diagnostiqués.

Lésions congestives et inflammatoires des trompes et des ovaires

Les fibromes utérins s'accompagnent souvent de lésions annexielles : ces lésions sont rares dans les cas de petits fibromes, mais sont fréquentes dans les cas de fibromes volumineux. Elles sont le plus souvent bilatérales. Du côté des ovaires, il s'agit fréquemment d'une congestion passive intense, de dilatation des veines du ligament large et de la substance médullaire de l'ovaire, d'une hypertrophie générale de l'organe. Il n'est pas rare de voir des hémorragies interstitielles se former dans le tissu ovarien. On observe ces hématomes, tantôt petits et limités, développés, semble-t-il, dans les follicules de Graaf, tantôt plus volumineux et diffus, développés dans le stroma ovarien.

Les lésions tubaires peuvent consister aussi en lésions congestives, parfois avec des suffusions hémorragiques ; plus souvent, il s'agit de salpingites véritables dont on peut observer presque toutes les formes, séreuses, séro-purulentes ou purulentes. Il semble le

que les lésions infectieuses de la trompe ne sont ni très aiguës, ni très virulentes.

Les altérations des annexes peuvent tenir à des troubles circulatoires résultant des compressions qui viennent gêner la circulation veineuse ou lymphatique. Les lésions inflammatoires sont habituellement propagées par continuité, de la cavité utérine aux trompes. Nous savons, en effet, que si la cavité du corps de l'utérus se trouve, à l'état normal, dépourvue de tout germe, il n'en est pas de même dans des cas où des fibromes ont modifié la forme, les dimensions et aussi les sécrétions utérines.

Toutes ces lésions annexielles dont nous venons de parler, ont, pour la plupart, passé complètement inaperçues au point de vue clinique. Ce sont des trouvailles d'anatomie pathologique, plutôt des trouvailles d'opération ; rien ne pouvait les faire prévoir, mais si le plus souvent ces lésions ont pu évoluer sans manifestations importantes, il n'en est pas toujours ainsi, et, dans certains cas, on a vraiment affaire à des fibromes douloureux dont l'évolution clinique particulière commandera des interventions. Ces fibromes douloureux semblent avoir pour cause dans certains cas les lésions annexielles dont nous venons de parler. M. Galvani, professeur de clinique chirurgicale, à l'Université d'Athènes, a publié, à ce sujet, un travail court mais très intéressant dans le numéro de juin 1900 de la *Revue de Gynécologie*. Ce chirurgien raconte l'histoire de quatre malades soumises à son observation et chez lesquelles l'intensité des douleurs était particulièrement frappante. Il conclut :

« 1^o) Que l'élément douleur peu important, en géné-

ral, dans le fibro-myome utérin et manquant la plupart du temps quelque soit la forme du myome : sous-péritonéal, parenchymateux, sous-muqueux ou interligamenteux, peut, dans certains cas, revêtir des caractères d'une importance telle, qu'il peut devenir le symptôme prédominant, préoccupant par dessus tout la malade et imposant l'intervention dans les cas où elle aurait pu être différée.

2°) Que cet élément douleur peut se présenter et compliquer le myome sans que son apparition puisse être attribuée à des altérations pathologiques surajoutées, qu'on puisse au moins constater, mais que dans d'autres cas, vraisemblablement des plus nombreux, ces douleurs intenses peuvent être rapportées à des altérations surajoutées des annexes et dont la plus fréquente est peut-être la salpingite ».

**Fibromes interstitiels douloureux
siégeant particulièrement dans la région
de l'Isthme**

Nous réunirons sous ce titre un certain nombre de cas où des fibromes de petit volume s'accompagnent de douleurs violentes. Ces observations inédites ont attiré d'une façon particulière l'attention de notre maître M. Aug. Pollosson qui, cette année, dans une leçon clinique a groupé plusieurs cas similaires, en essayant de les interpréter au point de vue de la pathogénie des douleurs.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, les observations avaient trait à des noyaux fibromateux de petit volume, siégeant dans l'épaisseur des parois utérines et n'évoluant pas encore d'une façon appréciable du côté de la cavité de la matrice.

Au point de vue clinique, les symptômes douloureux apparaissaient nettement sous forme de crises aiguës, coïncidant le plus souvent avec les périodes menstruelles, les règles étaient devenues longues et irréguli-

lières. Si, pendant les phases douloureuses, on pratiquait un examen, on constatait comme signe dominant, une tuméfaction congestive et diffuse de l'utérus en son entier; le corps, l'isthme et le col étant également tuméfiés; on percevait en somme des modifications analogues à celles de l'utérus pendant les règles, mais plus accentuées. En même temps, fait important à noter, on ne trouvait pas de tuméfaction cliniquement perceptible des ovaires ou des trompes.

Dans de pareilles conditions, il est évidemment délicat d'établir un diagnostic ferme et même alors que l'opération nous a montré nettement les lésions, il reste difficile d'interpréter la pathogénie des douleurs.

Il ne s'agit évidemment pas de phénomènes de compression, puisque les utérus sont peu volumineux; il ne s'agit pas de douleurs expulsives, puisque le fibrome est interstitiel et que la malade n'est pas en train d'en accoucher; il ne s'agit pas de lésions annexielles personnellement douloureuses, puisque les trompes et les ovaires ont été reconnus sains ou à peine altérés; il ne s'agit pas non plus de ces brusques augmentations des fibromes telles que nous en avons vues avec les processus inflammatoires ou gangréneux. Quelle est donc la cause précise des douleurs aiguës qui donnent aux cas dont nous parlons leur physionomie particulière?

Il nous semble que la pathogénie que l'on peut invoquer, c'est la congestion dépendant à la fois du phénomène physiologique menstruel et de l'irritation pathologique du noyau fibromateux. Cette congestion, sans doute, porte sur le fibrome et la masse pathologique tuméfiée, mais bridée dans sa loge, inextensible peut

bien, il semble, provoquer des phénomènes de tension.

La congestion doit agir aussi sur la cavité utérine, dont la muqueuse tuméfiée fait obstacle d'une façon relative au libre écoulement des sécrétions intra-utérines et du sang menstruel. La congestion semble agir également sur le muscle utérin et provoquer aussi pendant les crises aiguës des contractions douloureuses rapprochées, mais intermittentes. Ces contractions rappellent un peu l'allure des douleurs observées quand on pratique une dilatation utérine au moyen d'une tige de laminaire. Il est possible que la congestion des trompes et la contraction spasmodique de la musculature tubaire entrent aussi en ligne de compte dans l'ensemble de la congestion douloureuse que nous observons. Telle est l'interprétation que nous proposons, d'après les données cliniques des douleurs observées.

Ce qui est et ce qui restera sans doute longtemps difficile, c'est d'établir le diagnostic de ces cas. Le premier point qu'il faudra s'efforcer de fixer, c'est l'absence de lésions annexielles. Les douleurs décrites ressemblent en effet surtout à des coliques salpingiennes ou ovariennes. Mais lorsque à plusieurs crises successives, on constatera l'absence de toute tuméfaction des annexes, lorsqu'en outre, point très important, on aura constaté l'apyrexie des malades pendant ces crises douloureuses, on sera bien réduit à éliminer la salpingo-ovarite et conduit à chercher autre chose. Cette autre chose, on la cherchera du côté utérin à cause de la constatation de la congestion utérine et de la coïncidence fréquente avec les règles. Le diagnostic étant ainsi localisé, certains signes permettront parfois d'être un peu plus

affirmatif sur l'épine irritative recherchée. Parfois, comme dans l'observation I, on sentira sur le fond utérin un petit noyau fibromateux, qui permettra de soupçonner l'existence d'un autre noyau de même nature; parfois, comme dans l'observation II, on pourra préciser davantage l'existence d'un fibrome de la région de l'isthme; enfin il est probable que dans un certain nombre de cas le toucher intra-utérin précédé d'une dilatation et combiné avec le palper abdominal ou avec le toucher rectal permette de préciser l'épaississement localisé de la paroi utérine au siège du fibrome interstitiel.

Toutefois, si les cas que nous avons rapportés sont difficiles à interpréter, c'est la raison principale pour laquelle ils méritent d'être signalés, et, si le diagnostic est malaisé, c'est un motif pour s'efforcer davantage d'y arriver par élimination d'abord, par la recherche délicate des symptômes ensuite.

Indications et Traitement

Il est bien évident que les douleurs qui viennent compliquer les fibromes constitueront souvent des indications opératoires. Ce sont les malades qui, fréquemment, réclameront une intervention chirurgicale, dans des cas où les opérations seraient en dehors de l'élément douloureux moins nettement indiquées.

Si les fibromes évoluent du côté de la cavité utérine, on devra avoir comme but de faciliter et de hâter l'expulsion du fibrome. Il s'agira le plus souvent d'opérations vaginales consistant dans une myomectomie par morcellement après incision du col, soit latéralement, soit sur la ligne médiane. Le fibrome étant enlevé, l'hémostase et le drainage de la cavité utérine sont assurés le plus souvent par un tamponnement à la gaze iodoformée et les suites opératoires sont, en général, extrêmement simples.

Dans certains cas un peu compliqués, la myomectomie commencée devra être transformée chemin faisant en une hystérectomie vaginale.

Si les douleurs ont été causées par des infections gangréneuses ou suppuratives du fibrome, on devra avoir recours le plus souvent à une hystérectomie abdominale, au cours de laquelle on sera particulièrement préoccupé d'éviter l'infection du péritoine. C'est dans un cas de ce genre que M. Aug. Pollosson a jugé à propos de revenir à l'hystérectomie avec pédicule externe en utilisant la technique suivante : La tumeur attirée au-dehors est transpercée par des broches et étreinte par un tissu élastique ; à ce moment, le péritoine pariétal est suturé au pédicule utérin au-dessous de la ligature ; le péritoine est fermé dans toute son étendue, et ce n'est qu'à ce moment que la tumeur infectée est amputée au-dessous de la broche et du tissu élastique. La séreuse est ainsi mise à l'abri de toute infection opératoire.

Les lésions inflammatoires ou congestives des trompes ou des ovaires ne sont le plus souvent reconnues que pendant une hystérectomie pratiquée pour un utérus fibromateux volumineux. Ce sont des complications qui peuvent rendre l'intervention un peu plus difficile et qui demandent des précautions opératoires pour éviter l'infection, mais la technique générale n'est guère modifiée tant que les inflammations annexielles ne se sont pas propagées au péritoine voisin.

Nous en arrivons maintenant à ces fibromes interstitiels de petit volume que nous avons signalés au cours de ce travail, et qui nous semblent être le point de départ de phénomènes parfois très douloureux. Les indications opératoires s'adressant à ces cas méritent d'être discutées.

Si le diagnostic était porté habituellement d'une

façon précise, positive, affirmée, si le siège exact du noyau fibromateux était connu nettement, si l'intégrité était nettement constatée, il est probable que l'intervention chirurgicale idéale devrait consister dans une intervention vaginale, dans une myomectomie avec dissection préalable du col. Dans ces conditions, le fibrome, épine irritative, étant enlevé, on aurait conservé à la malade l'utérus, les annexes, l'intégrité par conséquent, des fonctions génitales.

Malheureusement les conditions cliniques ne se présentent pas habituellement d'une manière aussi favorable, et l'on se trouve amené à des interventions plus considérables ou plus graves. Dans certains cas, on sera conduit à une hystérectomie vaginale : cette opération semble indiquée parce que l'utérus est augmenté de volume, congestionné et douloureux, parce que les annexes semblent saines, et parce que d'autre part, dans l'utérus malade, on n'a pas pu affirmer l'existence ou préciser le siège d'un noyau fibromateux. Dans deux des observations de M. Pollosson, cette conduite a été suivie de succès et c'est à l'examen de la pièce que l'on a pu confirmer l'hypothèse de noyau fibromateux douloureux.

Dans d'autres cas, le diagnostic est encore moins avancé, et l'indication plus hésitante, et l'on a été conduit à proposer une laparotomie exploratrice au cours de laquelle se précisent des indications, et si l'on constate, d'une part, la présence d'un noyau fibromateux unique énucléable si, d'autre part, l'intégrité des annexes est évidente, on pourra se contenter de l'intervention conservatrice, de la myomectomie, alors que l'on pou-

vait redouter, en commençant l'opération, d'avoir à enlever l'utérus ou les annexes.

Il est enfin des cas, et nous en possédons un dans notre observation (n° II), où le diagnostic du fibrome énucléable étant posé, l'ablation a paru plus facile par la voie abdominale que par la voie vaginale. Cette conduite doit être conseillée surtout chez les femmes jeunes encore, stériles jusqu'à ce jour, et désirant beaucoup les fonctions de la maternité. Dans ces cas, l'intervention abdominale pourra permettre, non seulement d'enlever la tumeur, cause des douleurs et de la stérilité, mais aussi de constater d'une façon absolument certaine l'intégrité des ovaires et des trompes. Ces interventions abdominales sont malheureusement encore d'une certaine gravité, et malgré les précautions de l'antisepsie moderne, on peut redouter parfois les infections qui surviennent dans la loge d'un fibrome énucléé. La mort brusque constatée dans une de nos observations (n° IV) sur une de nos malades qui semblait guérie, est bien probablement due à la complication d'une phlébite utérine jusque là inaperçue. Il faudra donc être extrêmement prudent dans les décisions opératoires de myomectomie abdominale.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Aug. Pollosson)

Mme C... 40 ans, réglée à 14 ans, mariée à 22 ans, jamais de grossesses, jamais de fausses couches, tempérament arthritique. La malade a eu à plusieurs reprises des douleurs articulaires subaiguës et des douleurs musculaires; depuis plusieurs

années, état asthmatique avec poussées fréquentes de congestion bronchique.

La malade souffre depuis environ trois ans de douleurs abdominales survenant au moment des règles; pendant cette période les règles sont allées en augmentant progressivement de durée. A l'heure actuelle, elles durent de douze à quinze jours. Le début est presque normal, le sang est assez abondant, sans caillots, la malade souffre peu. Le second jour apparaissent des douleurs dans le bas ventre, sur la ligne médiane et principalement sur les côtés. La malade est obligée de s'aliter. Le sang est assez abondant pendant trois ou quatre jours. Peu ou pas de caillots. Les pertes deviennent alors moins abondantes, moins régulières, un écoulement de glaires sanglantes vient faire place à l'écoulement plus normal des jours précédent. Cette nouvelle phase dure de huit à dix jours. Pendant toute cette période, la malade éprouve des douleurs violentes, qui non seulement l'obligent à garder le lit, mais lui font chercher l'utilisation de calmants variés. Cette phase douloureuse présente des alternatives d'un calme relatif mais jamais complet et d'exacerbations aiguës. Il y a du ténesme vésical et rectal, parfois mais exceptionnellement un vomissement. Les poussées aiguës surviennent aussi bien le jour que la nuit. Le ventre est à peine ballonné, il devient extrêmement sensible à la moindre pression. Peu à peu tout rentre dans le calme. Les écoulements cessent en même temps que les douleurs, la malade se lève et peut marcher. Il n'y a presque pas de pertes blanches. Une période de dix à quinze jours, sans douleurs à la condition d'éviter les fatigues sépare ainsi deux époques menstruelles.

L'examen local a été fait pendant les crises douloureuses et dans leur intervalle.

En dehors des crises, le ventre est assez souple pour permettre un examen satisfaisant par le palper et le toucher combinés. On constate que l'utérus, un peu plus long que normalement, est incliné par son fond, en avant et légèrement à droite. Ce fond est un peu augmenté et l'on perçoit à sa

surface une petite bosselure du volume d'un noyau de cerise. Le col est celui d'une nullipare, conique à orifice externe arrondi, l'isthme ne présente pas de flexions anormales. Les culs-de-sac peuvent être explorés; on ne constate aucune tuméfaction anormale des annexes qui sont même difficilement perçues.

Toutefois la mobilité utérine n'est pas très grande et l'on provoque une certaine douleur en essayant de soulever l'utérus dans son ensemble. Cet examen est donc presque négatif et nous conduirait à dire : légère augmentation utérine, intégrité des annexes.

L'examen est tout différent pendant la phase des crises douloureuses. Il doit à ce moment être pratiqué d'une façon très prudente et modérée en raison des douleurs éprouvées par la malade. On est frappé par l'augmentation considérable de volume de l'utérus dans son ensemble. Le col utérin est gonflé et semble doublé de volume, il se continue avec une région isthmique également gonflée et tuméfiée; l'on sent battre les utérines et l'on perçoit un pouls vaginal dans le cul-de-sac postérieur. Le palper montre une tuméfaction du fond utérin, à ce niveau la pression est douloureuse, particulièrement vers les points latéraux qui doivent correspondre aux cornes utérines. L'ensemble de cet utérus tuméfié devient difficile à mobiliser, soit en raison du gonflement, soit en raison des douleurs. Il est impossible en tout cas de percevoir soit dans les culs-de-sac du vagin, soit par le palper, aucune tuméfaction indépendante de l'utérus, capable d'être rapportée à un gonflement des trompes ou des ovaires. On arrive donc à la notion : congestion diffuse de l'utérus, rien de net du côté des annexes.

Ces divers examens ont été pratiqués au printemps de l'année 1900. M. Aug. Pollosson pensa qu'il pouvait y avoir un certain degré d'atésie du canal cervical ou de ses orifices et que les poussées congestives pouvaient être sous la dépendance d'un écoulement difficile des sécrétions de l'utérus. Dans ces conditions il proposa et pratiqua une dilatation de

l'utérus. L'hystérométrie indiqua 0,08 cent. de profondeur utérine. La dilatation fut faite sans anesthésie au moyen de tiges de laminaire successivement placées dans la cavité utérine pendant trois jours consécutifs. Cette dilatation fut assez douloureuse sans toutefois provoquer de douleurs analogues à celles que nous avons décrites. Il est très frappant de voir combien était prononcée l'étroitesse de l'orifice supérieur du canal cervical, car la tige de laminaire gonflée au-dessus et au-dessous de ce point présentait au niveau de cet orifice un étranglement très marqué. Pendant cette période de dilatation on ne constata rien de nouveau et surtout aucune tuméfaction des ovaires ou des trompes.

Cette dilatation ne donna qu'un résultat presque insignifiant. C'est à peine si les douleurs des deux périodes menstruelles qui suivirent furent un peu moins violentes, mais ultérieurement elles reprirent la même allure qu'avant la dilatation.

La malade réclama donc bientôt un autre soulagement, une intervention chirurgicale, si on la jugeait utile. L'intervention nouvelle ne fut proposée et pratiquée qu'en février 1901, c'est-à-dire neuf mois après la dilatation. M. Aug. Pollosson fit à cette date une hystérectomie vaginale, cette opération lui paraissant logique devant l'intensité des douleurs et l'absence de lésions annexielles constatables. L'hystérectomie eut lieu avec une certaine difficulté en raison de l'étroitesse des voies vaginales chez une femme nullipare, en raison de la longueur exagérée et du volume augmenté de l'utérus. Il fallut avoir recours à une hémisection médiane pour pratiquer l'extirpation.

On put voir l'intégrité des annexes qui ne furent point extirpées. Les suites opératoires furent tout à fait simples et à partir de cette opération la malade a été débarrassée d'une façon complète de ses atroces douleurs. Elle a pu reprendre une vie active et vaquer à toutes ses occupations.

A l'examen de la pièce enlevée nous avons constaté l'existence d'un noyau fibromateux du volume d'une noix siégeant

dans l'épaisseur de la paroi utérine un peu au-dessus de la région de l'isthme et ne bombant ni du côté externe ni du côté de la cavité utérine. Ce noyau fibromateux présentait cette particularité d'être dépourvu d'une zone de glissement permettant son énucléation par clivage sur la pièce enlevée.



FIG. I.

Sur le fond utérin existait un autre noyau fibromateux tout petit, du volume d'un noyau de cerise, noyau qui avait pu être perçu à l'examen.

C'est cette pièce que nous avons reproduite d'une façon un peu schématique dans la figure I.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Aug. Pollosson)

Mme Am... 35 ans, pas de maladies antérieures, réglée régulièrement, mariée à 30 ans, a eu en 1897 une grossesse accompagnée, dès les premiers débuts; de vomissements fréquents; dans le cours du second mois survint de l'albuminurie, les vomissements prirent le caractère de vomissements incoercibles et devant la gravité de l'état général, le médecin se crut autorisé à pratiquer l'avortement. L'amélioration fut immédiate et le rétablissement de la malade fut complet au bout de quelques mois.

Dans le cours de l'année 1898, apparurent des douleurs siégeant au niveau de la région utérine, pendant la période des règles. Les écoulements menstruels furent un peu augmentés de quantité, la régularité des règles laissa à désirer, le plus souvent elles étaient trop rapprochées, quelquefois au contraire un peu retardées et l'un de ces retards à la fin de 1898, put même être interprété d'une façon problématique comme un avortement précoce. A la suite de cet accident, un médecin diagnostiqua en outre une salpingite ou salpingo-ovarite droite. Malgré ces accidents, état général bon, la malade est seulement obligée de se reposer dans les périodes douloureuses. Pendant l'année 1899, les douleurs devinrent moins régulières; elles apparurent non seulement aux périodes menstruelles mais parfois dans l'intervalle. C'est à ce moment que M. Aug. Pollosson vit la malade pour la première fois. Il constata que l'utérus de volume normal était incliné en avant, et que le col était complètement sain; la mobilité utérine ne provoquait presque pas de douleurs, les culs-de-sacs du vagin étaient libres; les annexes recherchées attentivement purent être perçues à droite et à gauche avec un aspect normal. La seule chose anormale que l'examen permit d'apprécier consistait en une induration du volume d'une noix siégeant dans le cul-de-sac latéral droit, appliquée contre le bord droit de

l'isthme utérin. Dans les mouvements imprimés à l'utérus, le corps dur était toujours entraîné et gardait sa situation fixe contre l'isthme utérin ; il y avait un peu de sensibilité douloureuse au niveau de cette tuméfaction, mais il ne s'agissait de douleur aiguë, ni de la sensation ovarienne. M. Aug. Pollosson pensa qu'il se trouvait en présence d'un fibrome, et M. le Professeur Fochier, à qui le malade fut montrée, porta le même diagnostic. Il parut toutefois impossible d'affirmer que les douleurs éprouvées par la malade était sous la dépendance de ce noyau. Aussi on conseilla l'expectation et l'usage de quelques calmants pendant les moments de douleurs.

La malade fut revue au mois de juin 1901, plus d'un an après le précédent examen. Dans cette période les douleurs étaient devenues plus fréquentes, moins régulières avec prédominance au moment des règles.

A l'examen, on fait les mêmes constatations que l'année précédente, le noyau latéral droit est à peine augmenté de volume mais il paraît un peu plus net et comme dégagé relativement de ses connexions avec l'isthme utérin. Les douleurs à la pression au niveau du fibrome ne sont pas extrêmement vives, mais elles sont nettement, au dire de la malade de même nature et de même siège que les sensations douloureuses spontanées.

La malade insiste beaucoup pour être débarrassée de ses douleurs, qui trop souvent l'obligent à garder le repos et le lit ; elle insiste sur le nervosisme qui la gagne et qu'elle attribue à son mal ; elle est, d'autre part, très préoccupée de ne pas voir survenir une nouvelle grossesse et pense que cette stérilité est due au fibrome constaté. C'est pour ces diverses raisons que l'on se décide à pratiquer une intervention chirurgicale. M. Aug. Pollosson choisit la voie abdominale. Il considère en effet comme dangereux et difficile la myomectomie vaginale dans le cas particulier. Il craint en raison du siège du fibrome de blesser l'uretère, il regarde comme difficile peut-être l'hémotase de la loge d'énucléation. Il redoute surtout l'obligation possible d'être conduit à une hystérectomie vaginale, opérée

tion, dont la malade désireuse de maternité, ne veut à aucun prix.

La voie abdominale est donc adoptée.

L'opération est pratiquée en septembre 1901 avec l'assistance du docteur Louis Tixier, chirurgien des hôpitaux de Lyon. On constate de visu l'intégrité absolue de l'utérus, des ovaires et des trompes qui ne portent des traces d'aucun processus inflammatoire, ni d'aucune adhérence.

Vers la base du ligament large droit tout contre l'utérus on sent nettement le noyau fibromateux. Le ligament large étant incisé sur le fibrome ainsi qu'une mince couche musculaire, il est aisé d'énucléer un fibrome du volume d'une noix, puis au fond de la loge, on aperçoit un second petit noyau du volume d'une noisette lequel est extirpé. L'hémostase est assurée par des sutures profondes de la loge au moyen de fils de soie, puis par une suture superficielle également à la soie.

L'abdomen est refermé par une suture à trois plans, pas de drainage.

Les suites opératoires ont été complètement apyrétiques. La malade a quitté la maison de santé dans les premiers jours d'octobre ; depuis cette époque, les douleurs ressenties par la malade ont disparu d'une manière à peu près complète, mais une nouvelle grossesse n'est point encore apparue.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Aug. Pollosson)

Mme A..., institutrice, 42 ans. Cette malade, mariée à l'âge de 25 ans, n'a jamais eu ni grossesses, ni fausses-couches.

Les règles sont normales et peu abondantes, pas de pertes blanches.

Cette femme est venue une première fois à la Charité en avril 1900, dans le service de M. le professeur Fochier, suppléé à cette époque par M. le professeur Aug. Pollosson. Elle se plaignait de douleurs subaiguës siégeant au niveau de

la fosse iliaque droite. Ces douleurs remontent à huit ou dix mois, et, dans cette période, sont survenues trois fois des phases de douleurs suraiguës accompagnées de ballonnement du ventre et obligeant la malade à s'aliter pendant quelques jours. Ces crises aiguës se sont produites peu après la fin des règles, mais non pendant les périodes menstruelles. La malade est pâle, amaigrie, très nerveuse.

À l'examen, on constate un utérus légèrement augmenté de volume, mais en attitude normale et mobile et l'on ne perçoit pas de tuméfaction des annexes. La douleur ressentie dans la fosse iliaque droite est réveillée par la pression à peu près au point de Mac-Burney ; aussi pense-t-on qu'il s'agit d'une appendicite chronique avec poussées aiguës, d'autant plus que la malade n'a, dans son passé, rien comme accidents génitaux, et qu'elle présente comme phénomènes intestinaux une constipation habituelle très opiniâtre.

L'ablation de l'appendice est décidée et pratiquée par l'incision iliaque.

Le cœcum étant attiré au dehors, on constate que l'appendice est tuméfié, induré et surtout recouvert de quelques adhérences filamenteuses, rougeâtres révélant un processus inflammatoire récent autour de cet organe. M. Aug. Pollosson attire alors, par l'incision iliaque, l'utérus et les annexes droites et constate sur la trompe droite des lésions analogues à celles de l'appendice, c'est-à-dire une légère tuméfaction et quelques adhérences rougeâtres à la surface, aussi, se décide-t-il à enlever, dans la même opération, la trompe et l'ovaire du côté droit. Les suites opératoires furent simples et la malade put quitter l'hôpital quinze jours après son opération.

Dans le cours de l'année qui suivit, elle vint, à plusieurs reprises, se faire voir à M. Aug. Pollosson. Pendant les premiers mois, les douleurs semblèrent à peu près calmées, mais la malade n'était point tout à fait satisfaite, éprouvant parfois dans le bas-ventre des douleurs qu'elle ne savait pas bien préciser. Vers la fin de 1900, les sensations douloureuses parurent se rattacher d'une façon plus nette et plus régulière

aux périodes menstruelles, mais elles n'avaient pas encore l'intensité et l'acuité des crises observées avant l'intervention.

L'examen local de la malade, dans cette période, donnait des résultats à peu près négatifs, l'utérus était un peu gros, un peu irrégulier de forme, les annexes gauches douloureuses au toucher, n'étaient pas d'un volume nettement augmenté. Vers la fin de l'année 1901, apparurent deux ou trois fois des douleurs suraiguës en concordance avec la fin des règles et difficiles à interpréter puisque la malade n'était observée qu'en dehors de ses périodes de crises.

Elle se décida à venir à Lyon, en février 1902, au moment d'une crise douloureuse. Les douleurs paraissaient suraiguës; la malade, incapable de marcher, ployée sur elle-même, les mains appliquées sur le ventre; manifestait des douleurs violentes, que les injections de morphine semblaient ne soulager que d'une façon bien incomplète.

L'examen pratiqué à ce moment montra une tuméfaction manifeste de l'utérus congestionné dont le col, l'isthme et le fond étaient uniformément gonflés, des battements vasculaires étaient perçus à la surface, le toucher de l'utérus était extrêmement douloureux; cet organe était, dans son ensemble abaissé et provoquait des poussées analogues à des douleurs d'expulsion, mais on ne constatait pas de tuméfaction nettement indépendante de l'utérus, il était impossible de diagnostiquer une annexite à côté de l'utérus congestionné.

M. Pollosson fut conduit dans ce cas à établir un rapprochement entre cette malade et celle qui fait le sujet de la première observation. L'intensité de la congestion utérine et l'absence d'une tuméfaction annexielle, susceptible d'être diagnostiquée, tels sont les points qui permettaient de rapprocher ces deux cas. Devant la violence des douleurs observées, on se décida à proposer une hystérectomie vaginale. L'opération fut pratiquée par M. Aug. Pollosson le 15 mai 1902. L'ablation de l'utérus nécessita l'hémisection. Des pinces furent laissées en place sur les pédicules. Les annexes gauches furent enlevées avec l'utérus.

Examen des pièces. — L'utérus dont le fond est un peu augmenté et dont nous représentons une moitié (fig. II) présente dans l'épaisseur des parois du corps trois petits noyaux fibromateux, chacun du volume d'un grain de raisin ; ces noyaux sont complètement interstitiels, l'un d'eux tendrait à bomber du côté péritonéal plutôt que vers la cavité utérine.

La trompe gauche (rappelons que la trompe droite avait été enlevée dans la première opération) est un peu augmentée de volume et épaissie ; son contenu est hémattique, il n'y a pas



Figure II

d'oblitération du canal tubaire, dont l'orifice péritonéal est nettement perméable.

Les suites opératoires ont été simples ; la malade a quitté l'hôpital le 8 juin.

Au mois de septembre 1902, cette malade a envoyé de ses nouvelles à M. Pollosson ; elle dit dans une lettre tout à fait enthousiaste qu'elle n'a plus ressenti aucune douleur depuis sa dernière opération et que son nervosisme s'est en même temps notablement amélioré.

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Aug. Pollosson)

*Fibrome sus-isthmique postérieur et fibrome de la corne
utérine gauche*

Marie B..., femme C..., âgée de 35 ans, ménagère, demeurant à Lyon, entre le 8 janvier 1902 dans le service de M. le Dr Pollosson, à la Charité, pour douleurs dans le bas-ventre avec irradiations aux cuisses et aux lombes.

La malade a eu ses premières règles à l'âge de 15 ans. Depuis elle a toujours été réglée régulièrement en avançant parfois de deux à trois jours, jusqu'au mois de juin dernier. A cette époque la malade a eu des douleurs très violentes s'irradiant aux cuisses et aux lombes. Elle est entrée dans le service et a été traitée pour annexite postérieure.

A l'examen, l'utérus se présente en antéversion avec antéflexion. Dans le cul-de-sac droit on sent des annexes volumineuses et douloureuses, accolées au fond de l'utérus.

A gauche et un peu en arrière, on perçoit une petite induration douloureuse; on croit avoir affaire à une trompe enflammée, prolabée très probablement, sensible seulement au doigt vaginal.

La malade est traitée par deux topiques et sort le 24 janvier après un repos de seize jours, très améliorée. Les douleurs des reins persistent cependant.

La malade revient le 1^{er} mars. Dès le lendemain de sa sortie, les douleurs avaient reparu dans les lombes et dans le bas-ventre. Depuis lors, malgré les tampons et les topiques, la malade a continué à souffrir.

Elle est incapable de tout travail et ne peut même plus vaquer à ses occupations journalières, ni faire son ménage.

Le 14 mars, la malade souffrant de plus en plus, on décide l'intervention.

La laparatomie est faite le 15 mars 1902 par M. le professeur Aug. Pollosson.

On trouve un utérus gros, du volume du poing, souple dans toutes ses parties. Un petit fibrome, de la grosseur d'une noix, sus-isthmique, fait saillie en arrière et à droite. C'est ce petit fibrome très douloureux qui a été pris pour une anse tubaire prolabée. Les annexes droites sont normales, bien qu'ayant à l'examen clinique paru grosses et douloureuses ; elles sont respectées. Les annexes gauches sont saines également. A la base de la corne utérine gauche, on trouve un petit fibrome qu'on enlève, ainsi que l'ovaire et la trompe de ce côté.

Le fibrome postérieur sus-isthmique est également enlevé. Il ne s'énuclée que difficilement et on est obligé en quelque sorte de l'arracher.

Capitonnage des deux plaies faites à l'utérus par l'énucléation des fibromes, surjet séreux, tamponnement à la Mickulicz avec mèche de gaz iodoformée.

Suture musculaire à la soie. Suture de la peau avec fils métalliques.

Le soir de l'opération, la température monte à 39°.

Les jours suivants elle oscille entre 37 et 38°.

La plaie opératoire se cicatrise très bien ; la malade ne ressent plus aucune douleur.

Le 4 avril, au moment où elle allait quitter le service complètement guérie, elle meurt subitement.

OBSERVATION V

(Due au Dr Terillon, in Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1889)

Mme G..., âgée de 36 ans habite la province. Depuis quelques années, elle se plaint d'hémorragies abondantes par le rectum, surtout au moment des règles. Bientôt se développent des douleurs violentes, semblables à celles de l'accouchement, qui revenaient à intervalles irréguliers.

Un état d'amaigrissement assez notable accompagnait l'ensemble de ces phénomènes.

Après des alternatives de mieux et de grand accablement, la malade était dans un état assez maladif depuis quelque temps, lorsque les accidents s'accrochèrent.

Depuis plusieurs semaines la malade accuse des douleurs violentes revenant par accès et simulant les épreintes utérines de l'accouchement ou encore les coliques qui accompagnent les règles. Mais ces douleurs sont tellement intenses que la malade pousse des cris, se roule sur son lit. La morphine est souvent impuissante à les calmer et provoque chez la malade des nausées et même des vomissements.

En même temps, se produisent des pertes sanguines presque continues et assez abondantes que rien ne peut arrêter.

La malade se rend auprès d'un chirurgien de la ville voisine qui emploie les courants électriques, en appliquant une électrode sur l'utérus et l'autre sur la paroi abdominale.

Après quelques séances, les douleurs et les crampes utérines deviennent plus violentes et même intolérables. La malade se décide à venir à Paris pour consulter M. le docteur Bucquoy qui me prie de la voir avec lui.

Nous trouvons une femme affaiblie, amaigrie, la figure anxieuse et pâle, la langue sèche, sans fièvre manifeste, mais en proie à des douleurs violentes qui paraissent siéger dans l'utérus. Celles-ci s'irradient dans les lombes et dans les cuisses et arrachent des cris à la malade.

En examinant l'utérus, je trouve un organe assez gros placé dans sa position normale. Le col regarde en haut et est entr'ouvert. Son segment inférieur est augmenté de volume et se continue dans la masse utérine.

Le toucher et surtout le ballotement de l'utérus provoquent des douleurs violentes et des contractions.

Avec le doigt introduit dans l'orifice du col, il semble qu'on sente une bosselure profonde.

Malgré cet examen insuffisant et craignant de ramener des douleurs par la dilatation, je diagnostique la présence d'un

fibrome dans la cavité utérine ou dans son voisinage ; en effet, seul un corps de cette nature pouvait provoquer des contractions utérines aussi violentes et aussi douloureuses avec un écoulement sanguin aussi abondant.

Je n'hésitai donc pas à préparer une opération qui permit d'enlever cette cause de contractions utérines aussi douloureuses.

L'opération fut pratiquée le 29 avril 1889 en présence de M. Bucquoy.

La malade étant endormie et le vagin convenablement désinfecté, je saisis les deux lèvres du col avec deux fortes pinces.

De chaque côté un coup de ciseau débrida le col jusqu'au cul-de-sac vaginal ; l'hémostase fut assurée avec trois longues pinces.

J'introduisis alors le doigt dans le col et rencontrai bientôt l'orifice interne étroit et difficile à franchir. Après un débridement bilatéral portant sur la muqueuse et une partie du tissu musculaire, je pus introduire le doigt en dilatant l'orifice avec violence. Bientôt je pénétraï dans la cavité du corps.

Avec un peu de patience, je pus bientôt après introduire deux doigts.

Il fut alors facile de sentir avec le bout de l'index que la cavité était irrégulière et que vers sa face inférieure existait une bosselure dure, faisant saillie légèrement dans la cavité.

Avec une pince à dents conduite avec le doigt préalablement introduit jusqu'au voisinage de ce corps dur, je pus saisir et déchirer la muqueuse qui le recouvrait.

Après plusieurs applications de cette pince, je sentis le corps dur à nu dans une partie de sa surface, et je pus le saisir avec la pince et l'extraire en bloc.

Il avait le volume de l'extrémité du ponce. Derrière lui mais plus profondément existaient deux autres bosselures qui furent traitées de la même façon et je pus extraire ainsi successivement après plusieurs introductions de la pince *deux autres fibromes du volume du bout du doigt.*

Après cette ablation, j'eus la sensation que toute la cavité utérine était libre car je sentais le fond de cet organe très facilement, grâce à la pression exercée sur la paroi abdominale par un aide, pression qui abaissait le fond de l'utérus, en même temps que je tirais sur les pinces qui servaient à fixer les deux lèvres du col.

Je priai un de mes aides d'introduire son doigt dans la cavité utérine pour s'assurer également du nettoyage parfait.

L'opération fut terminée par des lavages au sublimé et l'introduction de tampons de gaze iodoformée dans la cavité du col et dans tout le vagin.

L'opération avait duré une heure et la malade était très fatiguée; elle eut des vomissements pendant les quarante-huit premières heures, avec un peu d'excitation et de subdélirium. La langue était pâteuse sans être sèche, et l'appétit nul.

Craignant que l'iodoforme ne fût la cause de ces accidents je le remplaçai par de la gaze au salol, moins antiseptique. Les accidents cessèrent bientôt, la température ne dépassa pas 37°8.

Pendant cinq jours il y eut un peu d'écoulement sanguinolent qui cessa ensuite.

Mais le 12 mai tout écoulement avait cessé; les lavages vaginaux ne donnent plus de liquide louche.

Le col est revenu sur lui-même, avec une double fente peu profonde.

Enfin, la malade va bien, elle ne souffre plus, sauf quelques troubles intestinaux qui persistent et paraissent dus à une fibrome sous-péritonéal occupant la face postérieure de l'utérus.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Oui).

Gr., Anastasie, journalière, 38 ans. Entre à l'hôpital Saint-Sauveur, le 17 juillet 1902.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Réglée à 17 ans, régulièrement toutes les quatre semaines. Durée des règles, huit jours. Mariée à 27 ans. Quatre grossesses. Un

enfant encore vivant, une fausse couche et deux enfants morts, l'un à 16, l'autre à 10 mois.

Cette femme vient à l'hôpital à cause de l'abondance de ses règles et des douleurs très violentes qu'elle ressent au moment des périodes menstruelles. Il est impossible d'ailleurs, d'obtenir de cette malade extrêmement bornée au point de vue intellectuel, aucun détail plus précis. Anémie assez prononcée.

Examen. — Col haut situé. Lèvre postérieure en forme de croissant embrassant la lèvre antérieure qui paraît contenir un assez gros fibrome. L'utérus est plus gros que le poing, fibromateux en masse.

Le 27 juillet laparotomie. Après ouverture de l'abdomen, on trouve d'abord un ovaire très haut situé, adhérent, transformé en une poche sanguine, grosse comme un bel œuf. L'ovaire est d'abord enlevé, puis l'hystérectomie totale est pratiquée. Drainage vaginal, la poche sanguine ovarienne s'étant rompue au cours de l'opération. Guérison sans incident.

Examen de la pièce. — Utérus à parois considérablement hypertrophiées. Dans l'épaisseur des parois, sont disséminés de très nombreux noyaux fibreux, ne dépassant pas le volume d'un gros pois. Faisant saillie sous la muqueuse, particulièrement au niveau de l'isthme, trois fibromes plus volumineux, insérés sur la face postérieure et étagés de haut en bas. Leur volume varie de celui d'une cerise à celui d'un petit œuf de pigeon. Le plus gros est le plus bas situé et empiète sur le col. C'est cette tumeur qui avait fait croire à un fibrome de la lèvre antérieure du col.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. le docteur Dewèvre.)

Petit fibrome interstitiel antérieur faisant saillie au niveau de l'isthme utérin. — Volume 1/2 noix.

M^{me} B..., 44 ans, mariée, sans enfants, souche arthritique, touchée elle-même d'artério-sclérose. Dysménorrhée ayant

débuté vers l'âge de dix-huit ans, sans irrégularité dans les règles survenues à 13 ans.

Les douleurs menstruelles augmentèrent peu après le mariage à l'âge de 25 ans et s'accrochèrent encore il y a dix ans. A cette époque, on intervint par un curettage qui amène un soulagement notable pendant 3 ou 4 mois. Tous les traitements médicaux avaient été jusque-là sans résultat et il en fut de même de tous ceux qui suivirent. Il y a 16 mois lors de la première visite du docteur Dewèvre, les douleurs étaient plus vives que jamais avant et pendant les règles. L'hémorragie menstruelle était d'une abondance normale mais intermittente, s'attendant quelques heures pour reprendre plus violemment après.

La diminution des règles coïncidait avec une exagération des phénomènes douloureux. Ces douleurs étaient si vives que la malade devait rester alitée pendant plusieurs jours.

L'utérus était gros, dur, en légère antéflexion. On percevait nettement sur la paroi antérieure vers l'orifice interne un petit fibrome faisant saillie dans le cul-de-sac antérieur. Ce petit fibrome avait à peu près le volume d'une demi-noix. L'hystéromètre était arrêté et dévié à ce niveau. La cavité utérine se trouvait élargie. Pensant que ce petit fibrome, siégeant au niveau de l'orifice interne, pouvait jouer un rôle dans l'exagération croissante des douleurs, on eut recours à l'électrolyse. Vingt séances amenèrent une amélioration des plus nettes. Les douleurs pré-menstruelles disparurent. Vers le deuxième ou troisième jour des règles, survenaient encore des crises douloureuses assez vives qu'un drainage de la cavité utérine pouvait seul faire cesser.

Les séances d'électrolyse commençant à déterminer des métrorrhagies, il a été impossible de les continuer. Actuellement l'hystéromètre pénètre plus facilement, l'orifice externe du col est béant ; le canal perméable, encore rétréci, est difficile à franchir dans ses parties profondes.

Le petit fibrome reste stationnaire et n'a plus déterminé de métrorrhagies depuis que le traitement électrique a été cessé.

OBSERVATION VIII (résumée)

(De Duplay, *in* thèse Ferendinos. Paris 1899-1900)

Mme Marie R..., 41 ans, tempérament et constitution très bons, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, le 24 octobre 1899, se plaignant de pertes sanguines continuelles, de douleurs aux reins et d'une pesanteur dans le bas ventre.

Antécédents héréditaires et personnels — nuls. Elle est réglée depuis l'âge de 11 ans, très régulièrement mais toujours les règles sont très abondantes.

Trois accouchements à terme, il y a 20 ans, 18 ans et 8 ans; enfants vivants et bien portants.

Huit mois avant son entrée à l'hôpital, elle a eu des pertes blanches très abondantes qui ont précédé les règles venues elles aussi en abondance et suivies d'un écoulement sanguin sans interruption et qui l'a obligée d'entrer à l'hôpital.

Ces pertes sont toujours accompagnées de douleurs aux reins et d'une sensation de pesanteur dans le bas ventre, elles sentent mauvais.

La malade est anémiée et a beaucoup maigri.

Rien du côté des autres appareils.

Le 23 octobre. Curetage. On sent nettement une altération de la cavité utérine au niveau de la partie antéro latérale gauche. Chlorure de zinc et mèche iodoformée. Amélioration insensible, hémorragies et douleurs réapparaissent quelques jours plus tard.

Un examen minutieux fait découvrir une tumeur implantée sur le fond de l'utérus et à proximité de la corne gauche, tumeur dont la délimitation est assez difficile.

Laparotomie le 9 novembre. On trouve un fibrome implanté au niveau de la corne gauche et s'avancant sur la partie gauche de la paroi antérieure.

La décortication et l'énucléation de la tumeur se font sans difficulté. Drainage et suture de la paroi, pas de suites opératoires.

La malade sort le 27 novembre, complètement guérie.

CONCLUSIONS

1° L'élément douleur vient compliquer l'évolution des fibromes utérins dans un certain nombre de conditions particulières. Les principales sont les suivantes :

a) douleurs d'expulsion. Observées surtout dans les cas de fibromes qui évoluent du côté de la cavité utérine.

b) douleurs dues à la brusque augmentation de volume d'un fibrome. Cette augmentation rapide peut être due elle-même soit à des hémorragies interstitielles, soit à de la gangrène, soit à des inflammations suppuratives des fibromes.

c) douleurs dues à des lésions congestives et inflammatoires des trompes et des ovaires. Les salpingites sont fréquemment associées aux fibromes et peuvent, dans des conditions particulières, devenir très douloureuses.

d) douleurs provoquées par des fibromes interstitiels siégeant de préférence au voisinage de l'isthme utérin. La douleur difficile à interpréter dans ces cas, paraît due à des poussées de congestion utérine.

2° Les douleurs qui viennent compliquer les fibromes constitueront bien souvent des indications opératoires formelles. Les malades réclameront parfois à tout prix une intervention chirurgicale.

Cette intervention pourra consister dans certains cas dans une myomectomie par voie vaginale.

D'autres fois, on devra avoir recours à la myomectomie abdominale qui permet d'affermir un diagnostic hésitant et de constater l'intégrité des annexes.

L'hystérectomie vaginale sera une intervention excellente et relativement bénigne ; elle devra être pratiquée surtout chez les femmes qui approchent de la ménopause.

Vu :

Le Président de la Thèse,

MAURICE POLLOSSON.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,

A. LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 décembre 1902.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Archives de Tocologie, 1887.

AUVARD. — Guide de diagnostic gynécologique.

— Gynécologie et seméiologie génitale.

— Traité pratique de gynécologie.

BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes, 1876.

BOIFFIN. — Tumeurs fibreuses de l'utérus.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1889, pages 117,
130, 470, 475.

Centralblatt für Gynäkologie, n° 8, 17 juin 1885.

CHAPUT. — Petits fibromes de l'utérus facilement énucléables.
(Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1889).

CLAISSE. — Thèse de Paris, 1900.

COHN (M^{lle}). — Anatomie pathologique et pathogénie des
nodosités des cornes utérines. Th. Paris, 1901.

Congrès Français de chirurgie, 1893.

Congrès international de médecine de Paris, 1900. Section de
gynécologie.

Congrès international de médecine de Washington, 1887.
Section de gynécologie.

DOLÉRIS. — Troubles physiologiques non inflammatoires de
l'utérus accompagnant les néoplasmes utérins. (Nouvelles archives de gynécologie et d'obstétrique. Paris,
1893).

DOLÉRIS et PICHEVIN. — Introduction à la pratique gynécologique. Paris, 1896.

FÉRANDINOS. — Enucléation des fibromes par voie abdominale.
Thèse Paris, 1899-1900.

GALVANI. — Le fibromyome utérin douloureux. Rev. de gynécologie et de chir. abd. Mai-juin, 1900.

JAYLE et COHN (M^{lle}). — Revue de gynécologie et de chirurgie
abdominale par S. Pozzi, mai-juin 1901.

- JULLIARD. — Extraction par les voies naturelles des fibromyomes utérins. Th. Genève, 1889.
- KEIFFER. — A propos du morcellement des corps fibreux de la matrice par voie vaginale. Presse médicale Belge, Bruxelles, 1892.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU — Traité de gynécologie.
- LA TORRE. — Nature des fibromes utérins. XIII^e Congrès international des sciences médicales. Section de gynécologie, 1900.
- LOUBET. — Enucléation par voie abdominale des fibromes utérins. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, mars-avril, 1902.
- PÉAN. — Ablation des petites tumeurs de l'utérus par le vagin. Gazette des hôpitaux, 1893.
- POLLOSSON (Aug.) — Cours magistral 1901-02.
- POZZI. — Traité pratique de gynécologie, 3^e édition.
- QUÉNU. — Les fibromes douloureux de l'utérus, Gazette médicale de Paris, 1893.
- RICHELOT. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, Paris, 1893.
- RICHELOT (fils). — De l'enucléation des fibromyomes utérins interstitiels. Société médicale de Paris, 1896.
- SMYLY. — On the diagnosis and treatment of small submucous fibromyomata of the uterus. Med. Press and Circ. London, 1889.
- TERRILLON. — Fibromyomes de l'utérus, variétés, symptômes, accidents. (Leçons de clinique chirurgicale. Paris, 1889. — Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1889.
- TRÉLAT. — Fibro-myome du col utérin. Archives de toxicologie, 1887.
- VIDAL. — Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses de l'utérus au point de vue du diagnostic et du traitement. Paris, 1879.
- WEST. — Leçons sur les maladies des femmes.

